

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-586601

CDV

55994

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12 963

Société :

Royal Air MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ZOUHRA Auidane

Date de naissance :

02.11.1989

Adresse :

Avenue Makedad Labrizi, Résidence Elboutane 8

Imm 15, App 2, Casablanca

Tél. :

0611 07 57 15

Total des frais engagés :

3 080,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le :

18 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 18/12/2000 | | 2080,00 |
| | | 200 + 20 + 20 + 100 + 100 + 200 | |
| | | 100 + 60 + 60 + 100 + 100 + 100 | |
| | | | |

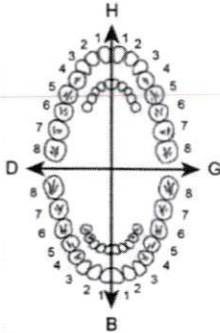
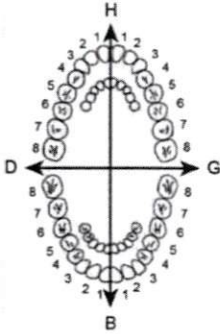
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le 14/12/2020.....

Mme ZOUIHIR Ouijdane

Laboratoire OLLIER
d'Analyses Médicales
Obstétrique
17, Place Nafii Maârif / 2ème Etage
Casablanca
Tél : 05 22 25 56 94
Fax : 05 22 98 66 11

- Groupage
- Glycémie à jeun
- VDRL TPHA
- Ag Hbs
- Serologie hépatite C
- HIV
- ECBU + ANTIBIOGRAMME (adapté à la femme enceinte)
- Serologie rubéole

IgM

IgG

- Serologie toxoplasmose

IgM

IgG

- Bilan hépatique

Ionogramme sanguin



LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MEDICALES

Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien Biologiste
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

Diplômée de la faculté de Grenoble

17,Rue NAGUIB MAHFOUZ,ex Rue OLLIER, 2ème étage CASA Tél:022.49.25.22 Tél/Fax:022.22.99.36
Identifiant fiscal:40401754 Patente:35512112 CNSS:1237660

Facture 11739

ICE N°: 001690507000049

LE : 18/12/2020

Analyses effectuées le: 18/12/2020

Pour.....: **Mme ZOUHAIR OUJDANE**

Sur prescription du: Dr LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA

Code.....: 01A9462



Bilan: GRS GLY VDRL TPHA HBS HCV CBU ATB S RUBM
RUB TOXO TOXOM GOT GPT GGT PAL IONOS HIV
NFS

Cotation : (B 2310) **Montant Net : 3080.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE QUATRE VINGT Dhs 00 Cts

Signature
Laboratoire OLLIER d'Analyses Médicales
17, Place Najib Mahfouz - 2ème Etage
Tél: 05 22 49 25 22 - Casablanca
Fax: 05 22 22 99 36

LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MEDIC
 Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien Biolo
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE C
 Diplômée de la faculté de Grenoble

Prélèvement du : 18/12/2020 Heure : 09:13
 Edition du : 21/12/2020
 Référence : 51218NC0440
 Matricule :

Code Patient **01A9462**
 Mme ZOUHAIR OUJDANE
 Médecin: Dr. LAYACHI-T



EXAMENS SEROLOGIQUES

2- SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE IgM
 (Automate AxSYM- Abbott)

- Anticorps index : **Absence**
- Conclusion : **Absence d'IgM spécifiques d**

EXAMENS DE SANG
SEROLOGIE

| Analyses | Résultats |
|----------|-----------|
|----------|-----------|

SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE (IgG)
 (Seuil de positivité : 10 UI/ml)

- Technique.....: Minividas, Biomeryeux
- Détermination: 1ère
- TITRE.....: 03 UI/ml
- CONCLUSION.....: Absence d'immunité, résu
dans trois semaines

SERODIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE (IgG)
 (Seuil de positivité : (< ou = 3)

- Technique.....: Minividas, Biomeryeux
- Détermination.....: 1ère
- TITRE.....: 0.00 UI
- Conclusion.....: Absence d'immunité, résu
dans trois semaines.


EXAMENS SEROLOGIQUES

SERODIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE (IgM)
 (Automate AXSYM , ABBOTT)

- Résultat.....: **Négatif**
- Ac anti-Toxoplasma gondii IgM : **Absence**
- Index : < 0.55
- Conclusion : **Absence d'IgM spécifiques**
gondii

Lab
d'A

LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MEDICALES
Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien Biologiste
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE
Diplômée de la faculté de Grenoble

Prélèvement du : 18/12/2020 Heure : 09:13
Edition du : 21/12/2020
Référence : 51218NC0440
Matricule : 

Code Patient **01A9462**
Mme ZOUHAIR OUJDANE
Médecin: Dr. LAYACHI-T/

EXAMENS DE SANG
BIOCHIMIE

| Analyses | Résultats | Norm |
|----------------------------|----------------------|----------------|
| Glycémie.....: Soit | 0.99 5.49 | g/l mmol/l |
| IONOGRAMME SANGUIN | | |
| Sodium..... : | 140 | mmol/l |
| Potassium..... : | 4.0 | mmol/l |
| Chlore..... : | 104 | mmol/l |
| Réserves Alcalines..... : | 24 | mmol/l |
| Calcium..... : Soit..... | 92.00 2.30 | mg/l mmol/l |
| Proteines..... : | 70.00 | g/l |
| Transaminases - SGOT... : | 28.0 | UI/l |
| - SGPT... : | 26.0 | UI/l |
| Gamma G.T..... : | 32.43 | UI/l |
| Phosphatases Alcalines.. : | 61.08 | UI/l |

EXAMENS DE SANG
SEROLOGIE

| Analyses | Résultats |
|--|----------------|
| V.D.R.L..... : | Négatif |
| T.P.H.A..... : | Négatif |
| SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B | |
| Antigène HBs..... : | Absence |
| (Par M.E.I.A sur IMx) | |
| SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE C | |
| Anticorps VHC (Hépatite C)..... : | Négatif |
| Tech. de 3ème generation(Automate AXSYM, ABBOTT) | |
| C/C : Absence d'anticorps anti-HCV. Résultat à cor | |
| sur un prélèvement tardif en fonction du contex | |
| autres marqueurs biologiques. | |

Labo
17 d'A

LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MEDIC
 Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien Biol
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE C
 Diplômée de la faculté de Grenoble

Prélèvement du : 18/12/2020 Heure : 09:13
 Edition du : 21/12/2020
 Référence : 51218NC0440
 Matricule :



Code Patient **01A9462**
 Mme ZOUHAIR OUJDANE
 Médecin: Dr. LAYACHI-TA

EXAMENS DE SANG
HEMATOLOGIE

| Analyses | Résultats | Norme |
|------------------------------|---------------|-----------|
| NUMERATION GLOBULAIRE | | |
| Globules rouges.....: | 4.88 | M/mm3 |
| Hemoglobine.....: | 12.3 | g/100 ml |
| Hematocrite | 37.7 | % |
| V.G.M | 77 | µ3 |
| T.C.M.H.....: | 25 | pg |
| C.C.M.H.....: | 32.6 | % |
| Plaquettes | 244000 | Mille/mm3 |
| Globules blancs.....: | 11500 | /mm3 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | |
|-------------------------------|-----------|------|
| Polynucléaires Neutrophiles: | 71 | % |
| soit.....: | 8165 | /mm3 |
| Polynucléaires Eosinophiles: | 01 | % |
| soit.....: | 115 | /mm3 |
| Polynucléaires Basophiles...: | 00 | % |
| soit.....: | 0 | /mm3 |
| Lymphocytes.....: | 26 | % |
| soit.....: | 2990 | /mm3 |
| Monocytes | 02 | % |
| soit.....: | 230 | /mm3 |

I M M U N O L O G I E

Analyses

Résultats

LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MEDIC
Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien BIC
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE
Diplomée de la faculté de Grenoble

Prélèvement du : 18/12/2020 Heure : 09:13

Edition du : 21/12/2020

Référence : 51218NC0440

Matricule :



Code Patient **01A9462**

Mme ZOUHAIR OUJDANE

Médecin: Dr. LAYACHI-

EXAMENS DES URINES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : limpide
- Couleur..... : jaune
- Culot..... : present

CHIMIE URINAIRE

- Glucose..... : negatif
- Albumine..... : traces
- Sang..... : negatif
- pH..... : 7.5

EXAMEN CYTOLOGIQUE

- Leucocytes..... : absents
- Hématies..... : absentes
- Cellules épithéliales. : tres nombreuses
- Cristaux..... : absents
- Cylindres..... : absents
- Parasites..... : absents
- Levures..... : absentes
- Flore microbienne..... : absente

CULTURE ET IDENTIFICATION

- Numération de germes... : < 10 5 germes/ml
- Examen après culture... : negatif

Labo
d'Ana
17, Place A
AL/Fax 06

LABORATOIRE OLLIER D'ANALYSES MED
Docteur AMINA SLASSI SENNOU , Pharmacien B
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE BIOLOGIE
Diplomée de la faculté de Grenoble

Prélèvement du : 18/12/2020 Heure : 09:13
Edition du : 21/12/2020
Référence : 51218NC0440
Matricule :

Code Patient **01A946**

Mme ZOUHAIR OUJDANE

Médecin: Dr. LAYACHI



EXAMENS DE SANG
SEROLOGIE

Analyses

Résultats

SEROLOGIE HIV

Recherche d'anticorps anti-HIV1,2 et O : **Négative**
(Par IMX ABBOTT)

-CONCLUSION.....: **Sérologies négatives**